

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 novembre 1904, à 1 heure

PAR

E. LAIMÉ

Des Mastoïdites non précédées d'Otite suppurée

Président : M. BERGER, professeur

Juges : { MM. HUTINEL et GILBERT, professeurs
FAURE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU.
Clinique chirurgicale	}	TILLAX.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.)
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LERMOYEZ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Parvenu au terme de mes études, je tiens à remercier ici, ceux qui ont été mes maîtres, de leur enseignement et des bons conseils qu'ils m'ont donnés

Que M. le professeur Berger, qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, que MM. Schwartz, Barth, Pozzi, chez qui j'ai fait mes années de stage, reçoivent le témoignage de ma reconnaissance.

Je veux remercier tout particulièrement M. le D^r Lermoyez pour le bienveillant accueil qu'il m'a réservé, dans son service, où j'ai étudié la spécialité des oreilles, de la gorge et du nez.

Je prie enfin M. le D^r Bourgeois, qui a eu l'amabilité de me faciliter ce travail par ses bons conseils, d'accepter ce témoignage de mon amitié et de ma gratitude.

Des Mastoïdites non précédées d'Otite suppurée

INTRODUCTION

Position de la question. — Habituellement le diagnostic d'une mastoïdite aiguë se fait :

- 1^o Par l'existence de signes mastoïdiens ;
- 2^o Par la concomitance de ces signes avec une suppuration de l'oreille moyenne.

Il peut se faire que cette suppuration manque au moment où l'on constate les signes mastoïdiens parce qu'il y a eu précédemment une otite moyenne suppurée qui a guéri. Cette otite moyenne a pu se traduire par une ouverture du tympan, laquelle peut être encore ouverte ou s'être fermée, l'interrogatoire du malade nous renseignera sur ce point.

Mais il est des cas, plus rares, il est vrai, où l'on peut voir des mastoïdites ayant évolué consécutivement à des otites moyennes n'ayant jamais suppuré d'une façon apparente, n'ayant jamais déterminé la présence de pus dans le conduit auditif externe.

Ce sont ces mastoïdites que nous nous proposons d'étudier, ayant eu la chance d'en réunir quelques observations inédites. La question nous a paru intéressante d'abord au point de vue pathogénique, au point de vue surtout du diagnostic qui pourra peut-être devenir difficile.

Quant au point de vue du traitement, nous verrons qu'on peut se demander si ces mastoïdites comportent un traitement distinct de celui que l'on applique ordinairement aux mastoïdites accompagnées de suppuration de la caisse.

PATHOGÉNIE

« Les divers compartiments de l'oreille moyenne, « en particulier la caisse du tympan et l'antre mastoïdien, communiquent largement entre eux. Donc, « puisque aucune porte de séparation n'isole normalement ces chambres osseuses, toute invasion microbienne qui arrive dans l'une pénètre nécessairement dans toutes. Il en résulte que l'otite moyenne aiguë est essentiellement formée de l'association « d'une tympanite à une antrite ; quand il y a du pus « dans la chambre de devant, il y en a aussi dans la « chambre de derrière » (1).

Luc dit également : « Etant donné que l'antre mastoïdien et la cavité tympanique représentent deux loges d'une même cavité, il n'est guère admissible que l'une d'elles ne participe pas à la suppuration de l'autre » (2).

La mastoïdite ne consiste donc pas seulement dans la présence de pus dans l'antre. Il faut encore qu'il y ait rétention de ce pus dans la cavité antrale et dans

1. Lermoyez, Lubet-Barbon et Moure, Rapport sur le traitement des otites moyennes aiguës (mai 1904).

2. Luc. *Suppurations aiguës de l'oreille moyenne*.

les cavités mastoïdiennes accessoires. En effet si, naturellement, par perforation spontanée du tympan, ou par une paracentèse faite à propos, la rétention a cessé assez tôt dans la caisse, l'antre et la caisse drainés guériront facilement sans mastoïdite. Si au contraire, le tympan résiste plus longtemps à la poussée du pus ou, ce qui est plus fréquent, si la perforation spontanée ou provoquée est insuffisante ou placée dans un point non déclive, il se produira une rétention du pus dans l'antre, alors l'infection dépassera cette cavité, gagnera la mastoïde et à ce moment la mastoïdite sera constituée. Comment expliquer, dans le cas qui nous occupe, qu'il y ait dans la caisse une rétention suffisante, pour déterminer une mastoïdite et cependant insuffisante pour forcer la barrière du tympan et donner les signes cliniques d'une otite suppurée ? Différentes hypothèses peuvent être envisagées :

1° On peut se demander si cette forme clinique particulière n'est pas causée par la *moindre virulence du processus pathologique*. En effet nous pouvons constater de grandes différences dans l'évolution des mastoïdites. A côté des cas suraigus ou aigus où l'on voit les différents symptômes de l'inflammation, puis de la suppuration, apparaître presque simultanément et prendre en très peu de temps une intensité qui appellent l'opération immédiate, on peut, au contraire, se trouver en face de formes insidieuses où les symptômes tant fonctionnels que physiques sont tellement atténués ou

incomplets qu'ils peuvent ne pas attirer l'attention du chirurgien. Telles sont ces mastoïdites latentes dont parle Beaussenat dans sa thèse : « Mastoïdites qui ne se révèlent par aucun signe extérieur bien net, douleur, gonflement... et qui s'observent chez des malades dont l'aspect général est bon sans fièvre, sans perte d'appétit » (1).

D'où provient, maintenant, cette différence de virulence ; deux facteurs principaux peuvent être envisagés : la variété microbienne de l'infection et la maladie initiale cause de cette infection.

Malgré les nombreux travaux de Netter, de Moos, de Lévy et Schader, d'Hessler, de Zaufal, d'Haberman, d'Hajek et d'autres, la question de l'influence des différentes formes microbiennes sur l'intensité du processus infectieux n'a pu être résolue d'une manière précise. En effet on a trouvé dans le pus des otites du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, du bacille de Friedlander. Mais chaque type microbien, soit qu'il fût isolé, soit qu'il fût associé à un autre, a donné lieu à des otites si différentes dans leur intensité, comme dans leur forme, qu'il est jusqu'à présent impossible d'imputer à une variété de parasites phlogogènes plutôt qu'à une autre le plus ou moins de virulence du processus pathologique. Nous pouvons le constater dans les observations V et VI que nous avons empruntées au Dr Toubert et où a été pratiquée l'analyse bactériologique ;

1. Beaussenat, thèse de Bordeaux, 1901.

le streptocoque trouvé dans le premier cas et le staphylocoque trouvé dans le second ont donné naissance à des phénomènes à peu près identiques comme forme et comme intensité.

Au sujet de l'influence que peut avoir la nature de la maladie causale sur le degré de virulence de l'infection, Mignon dit : « C'est ainsi qu'on observe plus fréquemment les suppurations mastoïdiennes dans les otites moyennes suppurées dépendant d'une infection générale que dans les otites protopathiques consécutives à une rhinite ou une pharyngite » (1). On a reconnu que la scarlatine est très virulente et ne donne presque jamais de formes légères. A un moindre degré, la rougeole et la grippe épidémique sont fort virulentes. Les infections grippales atténuées, sporadiques, comme on en observe aujourd'hui où les infections pharyngiennes sont au contraire susceptibles de donner ces formes latentes dont nous nous occupons : « La grippe nous montre des faits de ce genre, on pourrait dire d'eux que l'infection naso-pharyngienne, remontant par voie tubaire, lèche la caisse et mord la mastoïde (2). » Si cette maladie initiale peut être cause du plus ou moins de fréquence des complications mastoïdiennes, ne peut-elle également influencer sur la manière dont elles se

1. Mignon. *Des complications septiques des otites moyennes suppurées.*

2. Lermoyez. *Thérapeutique des maladies de l'oreille.*

développent ? Il est à remarquer que dans toutes nos observations, sauf dans la première, où nous trouvons dans les antécédents pathologiques rapprochés, une grippe, l'infection est toujours venue du pharynx et la cause première a été une angine la plupart du temps légère.

2° *La membrane du tympan peut être anormalement résistante* par suite d'une otite hyperplastique préexistante ou bien à la suite de plusieurs poussées d'otite catarrhale qui ont donné lieu à des troubles fonctionnels si légers que le malade n'y a prêté que peu d'attention, mais qui ont laissé sur le tympan des marques de leur passage. Ce sont des épaissements de la membrane, des dépôts calcaires ou des adhérences. Il est certain que dans ces cas le tympan devenu plus résistant peut ne plus se laisser forcer par le pus. De plus le tympan sclérosé se congestionnera moins facilement et ne bombera pas à l'intérieur du conduit comme il le fait ordinairement quand il y a rétention dans l'oreille moyenne. C'est donc un important élément de diagnostic qui manquera dans ce cas au chirurgien et qui l'empêchera souvent d'intervenir au moment utile par une large paracentèse, qui cependant aurait toutes les chances de conjurer à elle seule tous les accidents mastoïdiens consécutifs.

3° On peut enfin se demander si *une otite peu virulente ne peut pas s'évacuer, très insuffisamment il est vrai, par la trompe d'Eustache*. Ce conduit faisant l'office de trop plein pourrait permettre à la tension du liquide dans la caisse de baisser assez pour que le

tympan puisse y résister, tout en restant suffisante pour produire des phénomènes mastoïdiens.

A l'appui de cette hypothèse, nous citons ici une observation présentée au congrès de Bordeaux par le docteur Didsbury, et qui bien qu'elle soit peut-être discutable au point de vue de ses conclusions, étant donné le manque de preuves absolues du mode d'évacuation de l'épanchement de la caisse, la rend cependant très vraisemblable :

« Chez une personne de 50 ans, sage-femme, de très bonne santé habituelle et sachant nettement se rendre compte des symptômes dont elle souffrait, furent constatés les faits suivants : une otorrhée grippale aiguë se vida indéniablement par la trompe au bout des six premières heures environ de l'apparition des premiers signes d'otite.

Le retour des fonctions auditives fut presque immédiat, cependant la malade mouchait encore quelques traces de pus, lorsque, cinq semaines après le début des accidents, apparurent des signes indéniables de sinusite maxillaire gauche (c'est-à-dire du côté de l'otite) et survenant sans causes appréciables.

Etant donnée la voie que le pus avait spontanément prise, on ne peut s'empêcher de penser qu'il fallait rattacher l'apparition de cette sinusite à l'infection directe du sinus par le pus venant de la caisse et coulant par la trompe.

De même que l'otite ; cette sinusite guérit spontanément et en une dizaine de jours sans laisser de

traces. Peu de jours après la guérison spontanée de ces phénomènes de sinusite, apparut une inflammation du cornet inférieur gauche devenu turgescent à la vue et douloureux au contact du stylet, comme s'il était le siège d'un abcès. Quelques heures plus tard, la malade mouchait par cette narine un peu de pus, puis, toute douleur, tout gonflement, disparurent. Quelques jours plus tard apparut au bord de la narine gauche un petit furoncle qui disparut spontanément.

En présence de ces accidents infectieux, dont les deux derniers furent tout à fait épisodiques, on peut se demander d'abord s'ils étaient bien en rapport avec l'écoulement tubaire, ce qui a semblé manifeste à l'auteur, et ensuite, si l'on admet cette origine, la question se pose de savoir si en présence chez l'adulte d'une évacuation bien nette d'une otite moyenne par la trompe, on ne serait pas en droit, pour éviter des accidents pareils, de pratiquer quand même une paracentèse pour drainer la caisse par le conduit, en un mot de préférer la voie artificielle à la voie naturelle, et ceci en dépit de la rapide amélioration de l'oreille comme celle qui fut constatée dans le cas précédent. »

Ces trois hypothèses que nous venons de passer en revue ne sont pas les plus importantes ; elles ne suffisent pas à nous expliquer le mode spécial par lequel se produit l'infection de la mastoïde, dans la forme spéciale que nous étudions. Les causes dues

aux dispositions anatomiques de la mastoïde présentent pour nous une importance plus directe.

Y a-t-il dans l'anatomie de la mastoïde, des dispositions permettant à celle-ci de s'infecter sans rétention ?

Il existe en effet des communications quelquefois larges entre l'antre et les cellules mastoïdiennes.

Nous trouvons notamment décrite dans la thèse de Bellin une cellule périanturale externe qui est fréquente : « Il arrive assez souvent que une fois la table externe enlevée, l'opérateur aperçoit, à peu près à la hauteur de l'épine de Henlé, une cellule particulière, qui semble plus profonde que les simples bulles environnantes. Si l'on introduit le stylet dans sa cavité, on est tout surpris de ne pas se sentir arrêté par un mur de logette et d'arriver sans difficulté, en creusant tout autour du cathéter, dans la cavité de l'antre. Nous avons rencontré un semblable canal évident, sautant aux yeux, environ une fois sur trois, et nous proposons de lui donner le nom *d'aditus externe* ». (1)

Il est certain que cette cellule quand elle existe, et nous la trouvons mentionnée dans deux de nos observations (II et III), doit, grâce à sa communication constante avec l'antre, se laisser facilement envahir par le pus de l'antre, même si celui-ci se trouve à une très faible pression.

D'autre part on trouve dans beaucoup de mastoï-

1. Lenoir *in* Bellin. Thèse de Paris 1904.

des la disposition cellulaire que Lombard (1) appelle *trainée antro-apexienne* et qu'il décrit ainsi :

« Le groupe cellulaire antro-apexien correspond souvent à l'un des deux types suivants :

Premier type. — L'antro ouvert et la corticale enlevée on tombe sur un vaste foyer d'ostéite diffuse ou sur quelques grandes cellules suppurées, l'évidement creuse immédiatement un sillon qui a la profondeur même de l'antro.

Deuxième type. — Il existe deux plans de cellules superposées de la surface vers la profondeur ; et séparés par une lamelle osseuse de résistance variable. Après évidemment du plan superficiel, il reste entre l'antro et la pointe une saillie ou rempart osseux derrière lequel se trouve le groupe profond. »

Cette disposition créant une communication directe entre l'antro et les cellules de la pointe explique que le pus par l'action de la pesanteur descende facilement vers ces cellules et les infecte comme nous pouvons le voir dans la plupart de nos observations.

1. Lombard. Congrès de Bordeaux, 1904.

SYMPTOMES

Début. — C'est l'otite causale ; dans la forme qui nous occupe, elle est en général tellement atténuée qu'elle reste plus ou moins inaperçue. Dans la plupart des cas, le malade, après une angine ou une grippe légère a ressenti dans une oreille, ou souvent dans les deux à la fois, des douleurs sourdes avec des exacerbations. En même temps il a eu une diminution très marquée de l'ouïe, accompagnée quelquefois de bourdonnements ou de sifflements. Le plus souvent au bout de quelques jours la douleur a disparu ou ne se fait plus sentir qu'à de rares intervalles, tout semble rentrer dans l'ordre et le malade rassuré se croit guéri définitivement. Cependant presque toujours la surdité persiste, et ce symptôme est important, car il indique que si la période inflammatoire de l'otite est terminée, il persiste encore un épanchement dans la caisse, lequel empêche la transmission des sons à travers l'oreille moyenne. Cette période d'accalmie, si elle existe, peut être très variable, elle peut durer jusqu'à 3 mois, comme nous le voyons dans l'observation n° VIII, puis brusquement l'infection passe de la caisse et de l'antra aux cellules mastoïdiennes, et on voit

apparaître les symptômes généraux, fonctionnels et physiques, de l'abcès mastoïdien.

Symptômes généraux. — En général on constate une élévation de la température, cependant la fièvre peut manquer et il ne faudrait pas en conclure à une moindre virulence du processus pathologique. En effet nous pouvons voir que, dans plusieurs de nos observations où ce symptôme fait défaut, les lésions étaient tout aussi étendues sinon plus que dans les cas accompagnés de fièvre. On constate aussi de l'amaigrissement, de l'inappétence et de la courbature même chez des malades apyrétiques. Enfin, les vomissements, les vertiges, les accès convulsifs sont assez fréquents surtout chez les enfants.

Symptômes fonctionnels. — Le principal est la *douleur spontanée et provoquée*. C'est le symptôme le plus constant, les douleurs *spontanées* sont le plus souvent très violentes, continues, avec des exacerbations, s'irradiant dans toute une moitié de la tête empêchant presque entièrement le sommeil ; mais elles peuvent aussi être atténuées et même être très supportables comme nous le voyons dans les observations VIII et X. Aussi n'est-ce pas l'intensité de la douleur qui doit faire penser à l'existence d'une mastoïdite, mais sa constance et surtout sa persistance après une large paracentèse du tympan.

La recherche de la douleur *provoquée* par la pression digitale sur les différentes régions de la mastoïde pourra nous donner des éléments précieux de diagnostic surtout par sa localisation. La douleur de

la pointe peut se rencontrer dans toutes les affections aiguës de l'oreille, mais la douleur de la base, au niveau de l'antre et encore plus la douleur du bord postérieur de la mastoïde sont des signes à peu près certains de mastoïdite surtout s'ils sont accompagnés d'un autre symptôme fonctionnel important : *la diminution de l'audition*, nous retrouvons ce signe dans presque toutes nos observations.

C'est surtout la transmission aérienne des sons qui fait défaut, tandis que la transmission osseuse reste en général intacte, quand celle-ci disparaît c'est un signe de lésions plus profondes qui intéressent presque toujours l'oreille interne. On a donc le Rinné négatif du côté de l'oreille malade et le Weber latéralisé de ce côté.

Symptômes physiques. — Ce sont les signes d'extériorisation de la mastoïdite, ils sont loin d'être aussi constants que les précédents.

Trois régions doivent être systématiquement explorées sous peine d'erreur : la région rétro-auriculaire, le conduit auditif externe et la région cervicale.

1° *Derrière l'oreille.* — On constate en général un gonflement plus ou moins marqué de la mastoïde en masse, qui efface peu à peu le sillon rétro-auriculaire et détache le pavillon de l'oreille de la paroi crânienne, ce qui se remarque facilement par comparaison avec le côté opposé en se plaçant derrière le malade.

Il peut se faire que, comme on le voit dans notre observation III, le pavillon de l'oreille soit abais sé

et écarté sans qu'il y ait aucun gonflement rétro-auriculaire. C'était dans ce cas le seul signe objectif au niveau de la mastoïde qui pût faire penser à une suppuration mastoïdienne.

La peau de la région rétro-auriculaire est souvent rouge et quelquefois plus chaude que du côté sain.

Si le pus s'est déjà extériorisé par une fistule traversant la paroi externe de la mastoïde on peut trouver de l'œdème, en général circonscrit à la région mastoïdienne, mais pouvant envahir les téguments voisins et même la partie correspondante de la face comme dans l'observation I. On peut y déceler un point fluctuant, indication très importante qui appelle une intervention rapide et radicale.

Dans certains cas, comme dans les observations VII, VIII et XI, la région mastoïdienne reste absolument normale et ne présente pas le moindre signe d'extériorisation du processus inflammatoire.

2° *Dans le conduit.* — Alors que dans les mastoïdites de forme habituelle, précédées d'une otite suppurée, on peut retirer des renseignements utiles de l'abondance et de la nature de l'écoulement, dans la forme qui nous intéresse on n'a que peu de renseignements à recueillir de l'examen du conduit. La plupart du temps le tympan est normal, ne bombe pas, ou tout au plus est-il rosé et présente l'aspect d'un tympan d'otite catarrhale. On peut cependant trouver par l'examen du conduit un signe d'une importance très grande et qui, à lui seul, peut assurer le diagnostic. C'est l'effondrement de la paroi postéro-supérieure

produit par l'infiltration du pus dans les cellules limitrophes, ce qui amène le décollement des téguments de la paroi correspondante du conduit.

3° *Dans le cou.* — Il existe souvent un certain degré de torticolis ou au moins de gêne dans les mouvements de la tête. Dans certains cas, comme dans l'observation IV, ce torticolis peut être très marqué et accompagné du gonflement de la région du muscle sterno-cléido-mastoïdien : « la partie supérieure du muscle en question est comme soulevée par un gonflement dur, non fluctuant, qui s'étend, en le comblant, au creux rétro-maxillaire, et détermine la disparition de la saillie normalement formée par l'apophyse mastoïde sous les téguments » (1). La présence de ces signes doit mettre en éveil l'attention du chirurgien car ils décèlent, presque à coup sûr, l'existence d'une suppuration des cellules de pointe qui s'est fait une issue par la rainure digastrique, derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien, c'est-à-dire d'une mastoïdite de Bezold. D'après Luc, la mastoïdite de Bezold présenterait même assez souvent la particularité qui fait le sujet de cette thèse, de ne pas être précédée d'écoulement par le conduit. « La preuve qu'il s'agit là le plus souvent d'une suppuration localisée à la pointe de l'apophyse et primitivement ou secondairement indépendante de la cavité tympanique, c'est que, chez plusieurs des sujets observés, l'oreille ne coulait plus depuis

1. Luc. *Des suppurations de l'oreille moyenne.*

un certain temps, ou même n'avait jamais coulé (1)». Il ne faudrait cependant pas conclure trop vite à l'existence d'une mastoïdite, parce que l'on trouve ces deux symptômes : torticolis et gonflement sterno-mastoïdien. Chez certains enfants, en effet, une simple otite peut donner lieu aux mêmes symptômes, ce qui pourrait causer une grave erreur de diagnostic.

1. Luc. *Loco cit.*

PRONOSTIC

Comme pour toute autre forme de mastoïdite il dépend de la précocité du diagnostic et de l'intervention ; or, comme le diagnostic, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, peut être rendu plus difficile par le manque de certains symptômes, cette forme peut donner lieu plus facilement qu'une autre aux complications.

Ces complications sont celles de toutes les mastoïdites : abcès du cerveau, méningite, thrombophlébite du sinus. Etant donné la marche lente et insidieuse des mastoïdites dont nous nous occupons, ces complications peuvent s'installer sans bruit pour éclater brusquement et révéler en même temps la mastoïdite latente et les éléments nouveaux qui l'aggravent.

Au point de vue des suites de la maladie il semblerait que la mastoïdite non précédée d'écoulement laisserait assez rarement de surdité persistante. Et cela se comprend puisqu'elle intéresse surtout la mastoïde et qu'elle touche très peu à la caisse et pas du tout au tympan.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif. — Il se fera :

Par l'*interrogatoire* du malade. Il aura eu en général une angine ou une pharyngite légère, suivie de douleurs d'oreilles subaiguës avec exacerbation. Il accusera un mauvais état général, manque d'appétit, insomnies, courbatures.

Par les signes *fonctionnels*. Comme nous l'avons déjà dit, ce sont les plus importants ; lorsque nous trouvons chez un malade de la douleur de la mastoïde et de l'oreille accompagnée d'une notable diminution de l'audition nous devons penser de suite à l'existence d'une mastoïdite et nous confirmerons notre diagnostic par l'exploration des points douloureux de l'apophyse et par les signes *physiques* s'ils existent. Nous savons qu'ils peuvent faire entièrement défaut. On pourra malgré leur absence par une interprétation bien raisonnée des signes fonctionnels faire un diagnostic suffisamment précoce, pour intervenir à temps et éviter les complications.

Diagnostic différentiel. — Ici encore, le peu de

symptômes présentés par les mastoïdites non précédées d'écoulement pourra être une cause d'erreurs graves.

Les principales que l'on pourrait commettre seraient de confondre une mastoïdite de ce genre avec :

1° *Les algies hystériques de la mastoïde* étudiées par Chavanne et Lannois et par Boyer fils. Chez un sujet névropathe, au cours ou à la suite d'une otite souvent légère, la mastoïde devient très douloureuse ; comme l'audition peut en même temps être notablement diminuée du fait de l'otite, on se trouve en face des deux principaux signes qui nous permettent de reconnaître la mastoïdite malgré l'absence d'écoulement, l'erreur est donc possible et les auteurs précités rapportent des cas d'interventions inopportunes. Mais ce qui nous permettra de faire le diagnostic c'est le caractère de la douleur spontanée et surtout provoquée. En effet, l'apophyse au lieu de présenter des points douloureux de localisation précise, comme dans la mastoïdite, est tout entière hypéresthésiée à ce point que le simple effleurement produit une violente douleur. Dans l'algie hystérique la douleur est superficielle et diffuse, dans la mastoïdite elle est profonde et nettement localisée. Enfin en cas de doute nous devons rechercher chez le malade s'il n'existe pas d'autres stigmates d'hystérie.

2° *L'adéno-phlegmon rétro-auriculaire*. — Il existe derrière l'oreille au niveau de l'apophyse mastoïde un groupe de ganglions qui pour une cause quelcon-

que peuvent s'enflammer provoquant un gonflement rétro-auriculaire accompagné de rougeur et de douleur pouvant en imposer par conséquent pour une mastoïdite non accompagnée de suppuration du conduit; mais un examen plus attentif permettra de se rendre compte que la tumeur est superficielle, qu'elle ne fait pas corps avec l'os sur lequel elle est mobile; la douleur provoquée est également superficielle et diffuse, enfin on peut remarquer que le pavillon de l'oreille n'est pas écarté du crâne.

3° *La furonculose du conduit.* — C'est l'affection de l'oreille qui peut se rapprocher le plus par ses symptômes de la mastoïdite. En effet, les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes, douleur et surdité, quoique cette dernière soit en général bien moins marquée dans la furonculose du conduit. La douleur provoquée n'est pas localisée comme dans la mastoïdite à la base ou au bord postérieur de l'apophyse, elle est produite surtout par la pression sur le tragus ou par la mobilisation du pavillon de l'oreille.

Au point de vue des signes physiques : Derrière l'oreille on peut avoir une tuméfaction produite par la lymphangite péri-auriculaire, dans le conduit la chute de la paroi postéro-supérieure peut ressembler à un furoncle, mais sa forme aplatie et sa localisation invariable devront la faire reconnaître.

4° *L'adéno-phlegmon cervical.* — On peut être embarrassé par ce diagnostic dans les cas tels que ceux relatés dans les observations III et IV où le prin-

cipal symptôme objectif était un gonflement sterno-mastoïdien, accompagné de torticolis, avait-on affaire à une mastoïdite de Bezold avec issue du pus derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien ou bien à un adéno-phlegmon du cou ou simplement à un empâtement ganglionnaire. Dans les cas de mastoïdites accompagnées d'écoulement par le conduit on peut, en pressant sur la tumeur cervicale, voir l'écoulement augmenter, dans les cas que nous étudions ce symptôme manque, il faut donc se contenter de faire le diagnostic en interrogeant les points douloureux de la mastoïde et en tâchant par le palper de reconnaître la nature de la tumeur et ses rapports avec la pointe de la mastoïde.

TRAITEMENT

Il nous reste à nous demander si en présence d'une mastoïdite semblable à celle que nous venons d'étudier, il y a lieu d'instituer un traitement spécial, ou si au contraire on doit lui appliquer le traitement de toutes les mastoïdites.

On pourrait d'abord être tenté de croire que vu l'atténuation habituelle des symptômes, ces mastoïdites peuvent avoir plus de chance de guérir par la temporisation et les moyens purement médicaux. Ce serait une erreur grave. Nous avons vu, en effet, que le peu d'intensité des symptômes ne signifiait pas du tout que le processus pathologique fût moins grave, qu'au contraire ces formes latentes exposaient peut-être davantage aux complications. Dès qu'on aura pu faire le diagnostic, il ne faudra donc pas hésiter à faire la cure radicale.

Là peut encore se poser une question, puisque certaines cellules mastoïdiennes seules semblent le siège de la rétention et de l'infection, que la caisse et peut-être l'antre n'y participent pas, ne pourrait-on

pas simplement ouvrir ces cellules sans aller jusqu'à l'antre. En effet, puisqu'il existe une communication entre les cellules mastoïdiennes et l'antre, celui-ci et la caisse se trouveraient drainés par le fait même de l'ouverture de ces cellules et l'opération serait ainsi simplifiée.

Notre avis est que dans les cas atténués, pas plus que dans les cas ordinaires on ne doit jamais se contenter d'une opération incomplète. La technique de l'antrotomie est maintenant si nettement définie que si elle reste toujours une opération délicate, elle n'est plus une opération dangereuse, et on ne doit pas hésiter à la faire d'emblée dans toute mastoïdite, car il est rare que l'antre ne contienne pas quelques fongosités et en tout cas ne pas y aller voir c'est s'exposer à des recherches et peut-être à des complications cérébrales ou sinusales qui pourront coûter la vie au malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. Lermoyez).

L..., étudiant en médecine, 26 ans.

Antécédents personnels. — En 1900 otite moyenne droite. Elle débute brusquement par des douleurs violentes qui sont calmées par l'apparition d'un écoulement, l'otorrhée persiste trois mois. L'audition est depuis légèrement diminuée.

Rien à l'oreille gauche.

Il y a deux mois, grippe à forme gastro-intestinale qui oblige à un séjour au lit de 10 jours. Cette grippe est accompagnée d'un coryza, avec sécrétion de muco-pus épais. Ce coryza ne dure que 4 jours environ.

Dès le deuxième jour après le début de ce rhume le malade ressent des douleurs subaiguës dans l'oreille gauche, ces douleurs sont continues, sourdes avec des exacerbations. Elles ont persisté pendant 10 jours, puis sont allées en diminuant d'intensité et ont disparu le 10 mars (Elles ont été combattues par des injections d'eau boriquée chaude). Dans la période qui a suivi le malade a éprouvé par instants de

légères douleurs fugaces ; malgré la disparition presque complète des phénomènes douloureux, l'audition est restée notablement diminuée.

Le 24 avril 1903. — Réapparition brusque de la douleur, elle est localisée encore dans l'oreille sans point douloureux mastoïdien. Elle persiste, continue.

Le 2 mai. — Elle devient *très brusquement* plus intense, ce sont des élancements continuels et insupportables. La mastoïde est alors douloureuse. Le pavillon est rouge et œdémateux, de la rougeur et de l'œdème apparaissent également à la région mastoïdienne et s'étendent aux régions voisines. Les paupières gauches restent œdématisées pendant 3 jours. Pas de ganglions cervicaux. Gêne à la mastication due plutôt à l'œdème de la face qu'à la douleur au niveau du conduit auditif.

Le 7 mai. — Douleurs spontanées, continues, sourdes, intenses dans l'oreille, mais s'irradiant à la mastoïde.

Douleurs provoquées par la pression sur la mastoïde au niveau de l'antre. La traction du pavillon n'est presque pas douloureuse.

L'examen montre un pavillon légèrement œdématisé et rouge. La région mastoïdienne est œdémateuse, la peau a pris une teinte rosée; elle est devenue plus saillante. Le pavillon est reporté en dehors et comme abaissé. Le conduit auditif est rétréci par deux bourrelets œdémateux, l'un antéro-inférieur, indolent, l'autre postéro-supérieur (bord antérieur de la mastoïde) très douloureux. Aussi est-il pres-

qu'il impossible d'examiner le tympan. Pas de ganglions cervicaux.

Le 8 mai. — Hier matin, un écoulement de liquide jaunâtre, foncé, mal lié, s'est fait par le conduit auditif. Les douleurs n'ont pas pour cela diminué, elles sont devenues plus lancinantes, surtout cette nuit. Le tympan droit est épaissi, ce qui fait penser qu'il en est peut-être de même à gauche et ce qui expliquerait la résistance particulière opposée à la sortie du pus.

L'examen nouveau du conduit auditif pratiqué ce matin montre une exubérance inflammatoire des parois, surtout de la postérieure, le spéculum par la pression de son extrémité fait sourdre un peu de pus ; le Valsalva ne passe pas.

Opération le 8 mai par M. le docteur Lermoyez. Incision de Wilde ; les tissus sont très épaissis, du pus sourd de la profondeur, décollement de la paroi postérieure du conduit, on trouve une fistule osseuse tout près de l'antre. Trépanation et recherche de l'antre et de l'aditus que l'on trouve très profondément. Il existe une fistule franchissant la paroi postérieure du conduit et faisant communiquer les cellules mastoïdiennes avec ce dernier. L'aditus trouvé : ouverture des cellules mastoïdiennes, ouverture des cellules vastes de la pointe, ouverture des cellules profondes et petites formant une traînée de l'antre à la pointe. Résection de la paroi postérieure nécrosée du conduit. Drain oblique de l'antre à l'extrémité inférieure de la plaie. Fermeture avec quelques points au crin de Florence, laissant sortir le drain dans le point le plus déclive de la plaie.

A la suite de l'opération, pas de fièvre ni de douleurs ; la plaie postérieure se ferme peu à peu ; mais persistance d'une fistule dans le conduit, ce qui nécessite une nouvelle intervention le 20 juillet, laquelle amène la guérison complète au bout d'un mois environ.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. Lermoyez).

P.... Olga, 57 ans; couturière. Sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels.

Le 23 décembre 1902. — La malade à la suite d'une angine commence à souffrir des deux oreilles et devient presque sourde pendant trois semaines.

A partir du 9 janvier, la malade fait des lavages à l'eau boricuée du conduit auditif externe légèrement enflammé. L'ouïe réapparaît, les douleurs ne diminuent pas et sont très violentes jusqu'au 4 février. Depuis la douleur s'est localisée à la mastoïde droite. Les oreilles n'ont point coulé.

17 février. — La région mastoïdienne droite est légèrement œdématiée, rouge tout à fait à l'angle du pavillon et douloureuse à la pression surtout à la pointe.

Oreille droite. — Atrésie du conduit qui est rouge, refoulement de la paroi supérieure. Le valsalva est négatif, le marteau n'est pas net, le tympan est gonflé au-dessus du siège présumé du marteau.

Audition.

O. G.		O. D.
7 ctm.	Mon. air	2 ctm.
perception bonne	Voix H.	perception bonne
id.	Voix B.	id.
est perçue	Mon. os.	O
—	Weber	n'est pas latéralisé
	Rinne	

Nez, larynx : normaux.

Pharynx buccal : légèrement rouge.

Pas de fièvre, urines un peu troubles.

Opération le 18 février, par M. le docteur Bourgeois. Incision rétro-auriculaire, pas d'abcès sous-périosté, mais l'os après rugination est piqueté de rouge. Immédiatement après l'ablation du petit carré osseux, on tombe dans une cavité artificielle, pleine de pus, de fongosités. Cependant, l'antre, petit et profond, n'est trouvé qu'avec assez de peine. L'antre une fois reconnu, ablation de toute la corticale externe, jusques et y compris la pointe, évidemment de la mastoïde, entièrement cariée, en grande partie à la curette. A la pince coupante, on ouvre sur toute la hauteur la première portion du conduit qui est très aminci. Enfin en mettant de niveau l'antre et la pointe en avant du sinus, on se trouve mettre à nu ce dernier sur une longueur d'un centimètre.

Tamponnement léger à la gaze iodoformée.

Le 20 juillet. — Nouvelle opération : Résection de la cicatrice rétro-auriculaire.

La zone temporale de la mastoïde est saine ; la zone squameuse est gris-bleuté ; on fait trois points de suture en haut, on met une mèche de gaze iodoformée en bas où on ne suture pas.

Guérison au bout d'un mois.

OBSERVATION III

(Receueillie dans le service de M. Lermoyez).

M..., âgée de 6 ans. Sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels. A eu vers la fin de juillet une éruption de petits boutons sur la poitrine et le ventre qui a duré un jour seulement, puis elle a été prise de vomissements qui ont duré cinq ou six jours. A la suite de cela, elle a eu une angine, puis son cou s'est mis à enfler, en même temps qu'apparaissaient les douleurs d'oreille, localisées à l'oreille droite principalement ; la douleur siège dans le conduit et à l'apophyse mastoïde. L'audition est notablement diminuée des deux côtés.

Se présente à la consultation le 6 septembre. L'enfant est conduite parce qu'elle a un très mauvais état général : pâleur, amaigrissement, qu'elle a de violentes douleurs de l'oreille droite qui l'empêchent de dormir et une tuméfaction de la région sterno-mastoïdienne supérieure et du torticolis.

Son médecin a diagnostiqué une mastoïdite et lui a conseillé de se faire admettre d'urgence à l'hôpital.

Examen. — Etat général: enfant pâle, amaigrie, facies très fatigué, mais pas de température, ni de vomissements.

Oreille droite. — Tympan terne, légèrement enfoncé, sans perforation, manche du marteau rouge et légèrement rétracté, en somme tympan d'otite catarrhale.

Du côté de la mastoïde, par exemple, les signes de suppuration profonde sont absolument nets, pas de rougeur, pas de tuméfaction apparente au niveau de la mastoïde, mais cependant le pavillon est légèrement écarté, la région sternomastoïdienne supérieure est tuméfiée, sa palpation est très douloureuse, le muscle est contracturé, et on ne peut pas se rendre compte s'il s'agit d'un empâtement, d'une collection suppurée, ou d'une hypertrophie ganglionnaire; par contre, l'exploration de la sensibilité mastoïdienne donne des renseignements très nets. La pression même très légère est extrêmement douloureuse avec deux points maximum précis au niveau de la pointe et du bord postérieur de la mastoïde.

Oreille gauche. — L'examen otoscopique montre un tympan semblable au tympan de l'autre côté. L'enfant est sourde des deux oreilles depuis le mois de juillet, et il faut parler fort pour se faire entendre. L'enfant attirant surtout l'attention sur les douleurs de l'oreille droite, on n'explore pas systématiquement la sensibilité de la mastoïde gauche.

Conclusion. — Malgré l'absence de toute suppuration dans le conduit on conclut à l'existence d'une mastoïdite droite que l'on opérera le plus tôt possible.

L'enfant entre le 7 septembre dans le service.

Opération, le 8 septembre par M. le Dr Bourgeois. Incision rétro-auriculaire, recherche de l'antre au point d'élection. Avant de trouver l'antre, on tombe, sous la corticale externe, dans une cavité pleine de pus qui semble se prolonger en bas vers la pointe (cellule péri-antrale externe). L'antre ne contient que quelques fongosités sans pus. Après s'être assuré qu'on était bien dans l'antre, on fait comme toujours à la gouge et à la pince coupante, l'ablation de la totalité de la corticale externe depuis la base jusqu'à la pointe et en arrière jusqu'à la rainure digastrique, ce qui, chemin faisant, fait découvrir de grosses cellules de pointe pleine de pus et une cellule rétro-sinusale inférieure ; régularisation de la cavité à la curette ; le sinus est mis à nu sur une petite étendue, il est sain. Au cours de l'opération on n'a trouvé aucune communication entre les cellules de pointe et le cou.

D'ailleurs la pression de la région sterno-mastoïdienne de bas en haut ne fait pas refluer de pus par la plaie. Il est probable qu'il s'agit non pas d'une collection purulente, mais d'une simple hypertrophie ganglionnaire. Tamponnement peu serré à la gaze stérilisée.

Pendant les trois premiers jours : suites normales, la douleur a disparu, pas de fièvre.

13 septembre. — On fait le premier pansement ; plaie en bon état, pas de suppuration ; cependant la température monte à 38° le soir.

15 septembre. — La fièvre est tombée mais l'enfant est devenue triste, elle a mal dormi et ne mange plus.

17 septembre. — L'enfant se plaint de plus en plus, mais elle accuse une violente douleur dans la région de l'oreille gauche, la mastoïde est très sensible à la pression, l'enfant est très sourde de cette oreille ; le manche du marteau est rouge ; le tympan présente un aspect terne, il est épaissi, plutôt enfoncé que bombé ; malgré cet aspect en raison des douleurs qui ne font qu'augmenter, on fait la paracentèse du tympan ; pas de pus.

19 septembre. — Pas de pus dans le conduit, les douleurs spontanées sont aussi vives, l'examen de la mastoïde montre que l'on assiste à la répétition de ce qui s'est passé du côté droit. L'apophyse est très sensible, il n'y a pas de rougeur, ni de gonflement au niveau de la base de la mastoïde, mais on constate une légère tuméfaction de la pointe, accompagnée de torticolis du sterno-cléido-mastoïdien.

20 septembre. — Etat stationnaire ; on décide l'opération pour le lendemain.

21 septembre. — Opération comme précédemment, pas de pus non plus, mais quelques fongosités au niveau de l'antre ; quelques petites cellules avec du pus à la partie moyenne de la mastoïde et surtout une grosse cellule de pointe avec du pus sous pression, le sinus n'est pas mis à nu. L'examen du tympan montre que la perforation exploratrice que l'on a faite est déjà fermée. Pansement à la gaze stérilisée.

Depuis cette deuxième opération toute douleur a entièrement disparu, l'état général s'est rapidement amélioré. L'enfant a quitté l'hôpital le 30 septembre devant revenir aux pansements deux fois par semaine.

Le 5 novembre. — Elle était complètement guérie.

Elle a été revue récemment, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service de M. Limoges)).

G... Charles, âgé de 6 ans.

Sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels.

4 janvier 1903. — Le petit malade présente une région rétro-auriculaire gonflée, rosée et douloureuse à la pression ; pas d'écoulement de pus dans le conduit qui présente un bouchon de cérumen. Le bouchon enlevé démasque un tympan rosé, peu bombé, pas perforé.

Les mouvements du cou sont difficiles, le petit malade a du mal à plier et à tourner la tête. Il a de la fièvre.

On lui fait une ponction de sa caisse et on retire une sérosité un peu louche dans la seringue de Pravaz.

5 janvier. — On fait une incision rétro-auriculaire comme pour une mastoïdite, on dénude l'apophyse mastoïde à la recherche d'une fistule s'il en existe ; il n'en existe aucune, mais des ganglions que l'on enlève, un surtout, à la pointe de la mastoïde. On place un drain dans la plaie et on doit attendre si les phénomènes inflammatoires et la fièvre tombent.

6 janvier. — La température est tombée, la caisse suppure et le conduit desquame ; les phénomènes rétro-auriculaires se sont amendés d'une façon très notable.

7 janvier. — Le conduit coule à flots, pus épais, crémeux petite perforation, le tympan ne bombe pas, plus de douleurs. Il y a un peu d'écoulement purulent par l'un des points de suture supérieurs, on fait sauter quelques points, la plaie ouverte donne issue à de la sérosité louche. Pansement humide.

10 janvier. — L'oreille coule moins, pas de douleurs, la plaie a bon aspect, pas de fièvre, appétit bon. Pansement sec.

15 janvier. — L'oreille coule toujours un peu, la membrane du tympan est rouge, ne bombe pas, pas de douleurs, la plaie auriculaire va bien. Pas de température.

2 février. — En explorant le trajet fistuleux qui reste de la plaie cervicale et qui suppure toujours un peu, on sent que, vers la pointe mastoïdienne, la sonde cannelée touche de l'os, puis pénètre par un orifice osseux assez large dans l'intérieur de l'apophyse.

A ce moment, il n'y a aucun doute sur l'existence d'une suppuration mastoïdienne et l'évidement de l'apophyse est décidé pour le lendemain.

3 février. — Opération par M. le Dr Bellin. La mastoïde est excavée dans presque toute sa moitié inférieure par une vaste perte de substance, pleine de pus et de fongosités. Cette excavation ne communique pas d'une façon apparente avec l'antre qui est largement ouvert.

Les suites opératoires furent absolument normales, et au bout d'un mois l'enfant était complètement guéri de sa suppuration auriculaire et de sa suppuration mastoïdienne.

Quant à la suppuration cervicale elle avait cessé immédiatement après l'opération.

OBSERVATION V

(In Toubert, *Arch. int. de lar.* 1900)

I. — *Mastoïdite aiguë suppurée (antrite et cellulite indépendantes) ayant évolué sans perforation constatable du tympan. Début de phlegmon temporo-mastoïdien. Trépanation de la mastoïde. Guérison.*

Salg..., 23 ans, soldat d'infanterie, sans antécédents pathologiques héréditaires et sans antécédents personnels autres qu'une bronchite légère en février 1900, a été pris le 24 mai d'une angine légère. Il a eu, à la suite, des douleurs et des bourdonnements dans les deux oreilles, mais ces phénomènes se sont atténués à droite tandis qu'ils sont allés croissant à gauche jusqu'au 29 mai, jour de l'entrée à l'hôpital. Le 30 mai l'état du malade est le suivant : pas de fièvre ; la température qui a atteint 39°9 le soir est, le matin, de 36°5. Mais céphalée intense rendant la station debout et même assise impossible. Insomnie, inappétence. Douleurs atroces dans l'oreille gauche et la région péri-auriculaire, bourdonnements ; surdité presque absolue.

Il n'existe pas (et il n'a jamais existé auparavant) d'écoulement purulent par le conduit auditif externe, bien que le début des douleurs aiguës remonte déjà à cinq jours. A l'exa-

men objectif, on trouve le conduit tuméfié quoique de coloration normale, rétréci surtout par le déplacement en avant de la paroi postéro-supérieure à tel point que l'intromission régulière du spéculum, très douloureuse du reste, est impossible. Léger œdème de la région temporale ; empâtement à peine marqué de la région mastoïdienne ; un ganglion prétragéen et un ganglion rétro-auriculaire engorgés et douloureux ; pas de douleur osseuse nette révélée par la pression exercée sur l'os en dehors du ganglion.

31 mai. — Le traitement ordinaire (instillation de glycérine phéniquée dans le conduit et pansement humide sur la région) n'amène pas de détente. L'apyrexie persiste, mais les douleurs sont atroces et la tuméfaction a augmenté, surtout dans la région temporale qui est devenue légèrement convexe. La paracentèse du tympan est impossible en raison du rétrécissement considérable du conduit. La trépanation de la mastoïde est décidée pour le lendemain, réclamée du reste par le malade qui demande à être soulagé à tout prix.

1^{er} juin. — Anesthésie à la cocaïne. Incision classique dans le sillon rétro-auriculaire, à travers des tissus à peine œdématisés. Mise à nu de l'os jusqu'au bord postérieur du conduit auditif osseux. La couche corticale est saine. Il faut pénétrer au ciseau, copeau par copeau, jusqu'à 1 cent. 5 de profondeur pour trouver une cavité ; c'est l'antre, assez petit, il contient à peine 1 centimètre cube de pus, où l'examen microbiologique a révélé la présence de microcoques groupés surtout en diplocoques, quelques-uns mis en petits amas. La muqueuse est rouge et d'aspect bourgeonnant. Curettage de l'antre,

exploration de ses recoins avec un fin stylet ; rien d'anormal n'est constaté. Attouchement au chlorure de zinc au 1/10. Tamponnement lâche à la gaze iodoformée dans le conduit et dans la plaie mastoïdienne.

Le soir même amélioration des symptômes généraux et locaux, le malade ne souffre plus ; il a pu dormir pour la première fois depuis six jours.

Du 2 au 9, l'amélioration continue. La température oscille entre 36°6 et 37°2 ; le malade est tranquille, dort bien et mange bien.

Dans la nuit du 8 au 9, le malade est réveillé par la sensation d'un écoulement liquide qui vient de faire issue spontanément par le conduit auditif externe. Le 9 au matin, le pansement est refait. La plaie mastoïdienne a très peu secrété. Quant au tampon de gaze placé dans le conduit auditif il est imprégné en totalité de pus phlegmoneux où l'examen microbiologique a démontré la présence de staphylocoques.

L'œdème a disparu en avant vers la tempe et en arrière vers la mastoïde ; il persiste encore dans la partie intermédiaire au-dessus de la paroi supérieure du conduit. La lumière de ce dernier est encore un peu rétrécie, moins cependant qu'avant l'intervention.

16 juin. — Deuxième pansement. Le tampon retiré du conduit ne présente pas de traces de pus, la plaie mastoïdienne bourgeonne activement et secrète peu. Etat général excellent.

30 juin. — Cicatrisation complète de la plaie mastoïdienne,

conduit auditif normal. Tympan légèrement rouge dans la partie supérieure encore un peu épaissie, très mobile. Pas la moindre trace visible de perforation. L'acuité auditive est aussi bonne à gauche qu'à droite.

OBSERVATION VI

(In Toubert, *Arch. int. de lar.*, 1900).

Mastoïdite aiguë suppurée (antrite et cellulite extensives avec dénudation du sinus latéral) ayant évolué sans perforation du tympan. Trépanation de la mastoïde. Guérison.

Bag..., 22 ans, cuirassier, sans antécédents pathologiques héréditaires et sans autres antécédents personnels que quelques bronchites et angines légères. A eu au milieu du mois de mai, du côté de l'oreille droite, une poussée inflammatoire, d'apparence spontanée, caractérisée par des douleurs vives, des bourdonnements et de la surdité qui ont disparu en cinq jours sans autre traitement que des instillations de glycérine.

Après cinq jours d'accalmie, des symptômes identiques apparaissent du côté de l'oreille gauche, mais présentant une

acuité et une extension telles que le malade est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de mastoïdite.

1^{er} juin. — Pas de fièvre. Pas de suppuration par le conduit. Céphalée très pénible, persistante. Insomnie. Douleurs spontanées atroces dans l'oreille gauche, irradiées à toute la moitié gauche de la tête. Douleur localisée très vive provoquée par la pression près de la pointe de la mastoïde. A l'examen objectif, bien que le conduit soit étroit, on voit le tympan un peu rouge, mais ni voussuré ni animé de battements.

Un léger empâtement visible surtout par comparaison avec le côté sain existe dans la région rétro-auriculaire un peu au-dessous du milieu de la mastoïde. La localisation des symptômes vers la pointe de cette apophyse nous décide à aborder d'emblée le foyer osseux sans essayer la paracentèse du tympan, conformément du reste au désir exprimé par le malade, que le résultat, aussi rapide que bienfaisant, de l'opération pratiquée la veille sur son voisin de lit pousse à nous demander avec insistance la même intervention, aussi hâtive que possible.

2 juin. — Anesthésie à la cocaïne. Incision rétro-auriculaire classique, prolongée verticalement en bas jusqu'à la hauteur de la partie inférieure de la mastoïde. Les tissus sont légèrement infiltrés. Mise à nu de l'os, il paraît sain, mais au premier coup de ciseau on voit le pus sourdre le long de l'instrument. En quatre coups la couche corticale est abrasée ; il s'écoule 1 à 2 centimètres cubes de pus phlegmoneux où l'examen bactériologique a révélé la présence du streptocoque. La curette enlève aisément le tissu osseux infiltré jus-

qu'à l'antre. La cavité ainsi formée se prolonge assez loin en bas vers la pointe sans cependant l'atteindre ; elle mesure 13 millimètres de hauteur dont 8 au-dessous du plan passant par le milieu du conduit auditif osseux et 5 au-dessus. L'exploration attentive de cette cavité nous fait trouver en arrière et en bas un point où manque la résistance osseuse. Après tamponnement et assèchement, il est facile de constater qu'en ce point le sinus latéral est à nu, reconnaissable à ses mouvements d'expansion et de retrait.

Tamponnement lâche à la gaze iodoformée. Pansement.

Amélioration immédiate. Le jour même le malade cesse de souffrir et dort.

Du 3 au 9 l'amélioration continue. La température oscille entre 36°8 et 37°2. Le 9 premier pansement. Sécrétion peu abondante par la plaie mastoïdienne, pas d'écoulement par le conduit auditif. Tympan gris épaissi ; l'apophyse externe du marteau est le seul repère visible, pas de trace de perforation.

A la fin de la quatrième semaine, la cicatrisation est complète. Le tympan a l'aspect amiantacé, le marteau tout entier est très net. L'acuité auditive est aussi bonne à gauche qu'à droite.

OBSERVATION VII

(In Taptas, Arch. int. de lar. 1904).

M. Gr..., instituteur, âgé de 35 ans, vient nous consulter en 1901 pour son oreille gauche. Il nous raconte avoir eu,

y a six mois, une inflammation à cette oreille, à la suite d'un refroidissement. Depuis lors, les douleurs ont continué d'une manière intermittente. Au commencement, il ne leur avait pas attaché d'importance, mais depuis quelque temps les douleurs ont acquis une acuité telle qu'elles lui enlèvent tout repos jour et nuit ; son appétit est perdu, il maigrit de jour en jour. Son état général est en effet très mauvais, il a l'air cachectique. A l'examen, on ne voit rien à l'extérieur, sauf une irritation de la peau derrière l'oreille à la suite d'applications iodées conseillées par un confrère. A la pression, la sensibilité est augmentée. Spontanément, le malade sent des douleurs sur le bord postérieur de l'apophyse mastoïde et à la tempe. A l'examen otoscopique, il n'y a rien dans le conduit auditif externe ; le tympan est rouge et épaissi, mais nullement bombé. La montre n'est perçue qu'au contact. Nous lui faisons une douche d'air à l'aide d'un cathéter, l'air passe librement et franchement, sans montrer la présence d'un exsudat dans la caisse ; l'audition reste la même après le cathétérisme. T. 36°,9.

Nous conseillons des compresses humides sur le côté malade et nous le laissons en observation pour trois à quatre jours.

Celui-ci ne nous revient qu'après douze jours, et se justifie de ce retard en disant qu'il était pendant tout ce temps tout à fait bien, mais que depuis deux jours les douleurs ont reparu, et même plus fortes qu'auparavant. Un nouvel accès ne nous fait prendre aucune décision. Nous disons seulement à notre malade que, malgré l'absence de tout autre symptôme,

nous serons peut-être forcé de recourir à une opération. Il part tranquille, sans donner des signes d'une grande souffrance.

Le lendemain, de retour de notre villégiature, nous apprenons que le malade en rentrant chez lui, la veille, a perdue connaissance. Nous proposons une trépanation d'urgence, qui est refusée, et le malade meurt dans deux jours.

OBSERVATION VIII

(*In Taptas, loco cit.*).

A... bey, lieutenant-colonel de la marine, âgé de 50 ans.

Antécédents personnels. — Le malade qui jouit actuellement d'un état de santé bon, a eu, il y a 25 ans, une pleurésie unilatérale dont il fut rétabli après quelques mois de traitement. Quant à son oreille, elle a été atteinte plusieurs fois de catarrhe aigu régressant sans suppuration. Une fois même, le catarrhe aurait été accompagné de très fortes douleurs pendant une semaine entière. Mais l'inflammation finit par disparaître sans écoulement par le conduit.

Le malade se plaint d'une douleur forte à l'oreille gauche survenue la veille, et dont il ne put dormir de toute la nuit. Depuis le matin, la douleur serait moindre. A l'examen, le tympan est très rouge, mais pas bombé ; l'audition est nulle. Température 36°8.

Nous introduisons une mèche trempée dans l'eau boriquée

dans le conduit; nous couvrons l'oreille d'un pansement humide chaud, et nous renvoyons le malade.

Le lendemain, la douleur a complètement disparu; le malade a bien dormi la nuit. Nous prescrivons le même traitement.

Après dix jours, le malade revient sans douleurs. Le tympan reste pourtant rouge. La montre est à peine perçue au contact. Le cathétérisme fait constater la présence d'un exsudat dans la caisse que le malade sent d'ailleurs se déplacer en baissant la tête.

Le malade continue à nous visiter deux fois par semaine pour subir de légères séances de cathétérisme de la caisse. Après chaque séance, il se sent soulagé; néanmoins la sensation du liquide qui se déplace en son oreille persiste. En plus, il accuse des élancements douloureux derrière l'oreille atteinte, l'empêchant quelquefois de dormir la nuit. Le tympan reste toujours rouge et opaque, surtout autour du manche du marteau et à la région de Schrapnell.

Cet état continue de même pendant plusieurs semaines sans aucun symptôme alarmant qui puisse nous décider à une intervention. Ce qui nous préoccupe le plus, ce sont les douleurs spontanées de la mastoïde et de la tête, mais, là-dessus encore, nous sommes forcé à nous en tenir à l'exposé de notre malade qui, étant extrêmement pusillanime et craignant une opération, a plutôt tendance à nous induire en erreur en diminuant l'importance de son mal. Son langage est le suivant : — « Tenez, docteur, ma tête et mon oreille sont tout à fait bien. Pressez-moi sur l'os, frappez-

moi sur la tête, — et il fait suivre ses paroles des gestes, — je ne sens rien. Ce n'est qu'en frôlant mes cheveux derrière mon oreille que je sens quelquefois mal. » Pourtant, il ajoute, qu'il sent souvent, surtout pendant la nuit, des élancements forts, spontanés, qui ne sont supportables que parce qu'ils sont courts. La température prise par lui-même sur notre conseil, matin et soir, pendant une semaine, n'aurait dépassé jamais les 37°. L'état général continue bon ; l'appétit est à peine diminué ; le patient continue à vaquer à ses occupations, et s'il n'avait, il nous le répète, la crainte que ces douleurs puissent signifier la présence de quelque chose de grave, il ne s'en occuperait pas beaucoup, vu qu'elles sont intermittentes et qu'elles cèdent à l'application de n'importe quel liniment, d'eau de cologne ou spontanément.

Devant ce tableau, la situation devenait de plus en plus incertaine, et la présence de plusieurs dents atteintes de périostite alvéolaire nous faisait même penser à la possibilité d'une simple névralgie d'origine dentaire et, sans le souvenir de l'observation I, nous serions très peu inquiets de l'état de notre malade. Disons en passant que plusieurs confrères ayant vu ce malade l'avaient assuré de la manière la plus catégorique qu'il n'avait rien. Quant à nous, nous restons moins optimistes que nos confrères, mais n'osons néanmoins prendre aucune décision encore, nous contentant d'observer de près le malade qui, neurasthénique et soucieux de sa santé, bien qu'il ne donne pas des signes d'inquiétude, vient régulièrement à tous nos rendez-vous, cherchant plutôt à être confirmé par nous dans sa conviction que son oreille n'a rien de sérieux.

Cet état continue le même depuis trois mois avec plutôt une amélioration sur tous les symptômes présentés par le malade, et nous perdons celui-ci de vue pendant vingt jours, après lesquels il nous revient de nouveau.

Il nous raconte que pendant dix-sept jours, il n'avait senti aucune douleur, ni quoi que ce soit qui pût lui rappeler que son oreille avait été malade, mais que depuis deux jours les douleurs avaient repris comme auparavant. A l'examen de son oreille, le tympan est toujours rougeâtre et épaissi, la montre est pourtant nettement perçue au contact. La région rétro-auriculaire ne présente rien.

L'apophyse n'est nullement sensible à la pression au niveau de l'antre et du sommet.

Elle l'est très peu lorsqu'on la presse par son bord postérieur. J'étais sur le point de renvoyer de nouveau le malade, lorsque j'ai pensé à examiner encore une fois sa température et je constate 37°,8.

Cette légère fièvre, les douleurs spontanées à la mastoïde et à la tempe, et surtout la persistance de la rougeur du tympan, trois mois après le commencement de l'affection, m'ont paru des symptômes suffisants d'un processus mastoïdien, et je lui propose l'opération pour le lendemain même, en lui disant bien que cette intervention serait en partie exploratrice. Il l'accepta.

L'opération a été faite le lendemain à la maison du malade avec l'assistance des D^{rs} Marliris, Evlampiov et Chrissian, il faut le dire, à leur grand étonnement, car ils ne voyaient pas quel était le symptôme qui la justifiait.

En effet la température était de nouveau normale, l'état excellent, la nuit avait été sans douleurs, le malade lui-même nous aidait aux préparatifs de l'opération.

Opération. — A l'incision de la peau et du périoste, rien de particulier. L'os est blanc, sain et excessivement dur. Après l'enlèvement de plusieurs copeaux d'os sains, nous tombons dans une apophyse diploïque, farcie de granulations et d'une sérosité limpide. Quelques rares cellules sont remplies de pus lié ; la plupart ne contiennent que des granulations pâles. Nous devons enlever ainsi toute l'apophyse jusqu'à l'apophyse styloïde et la région du canal facial, sculpter la gouttière du sinus latéral — celui-ci mis à découvert sur quelques points était sain — enfin aller jusqu'à la racine de l'apophyse zygomatique à la partie supéro-antérieure du méat auditif. Sur plusieurs points la dure-mère était congestionnée et couverte de petites granulations atones. L'autre ne contenait que de ce même liquide séreux avec quelques granulations. L'attique et la caisse ne furent pas touchés.

Suites de l'opération bonnes, sauf une atonie extraordinaire et désespérante de la plaie qui ne mit pas moins de cinq mois pour se fermer complètement.

L'audition après la cicatrisation était très améliorée, montre à 30 centimètres. L'examen des os enlevés n'aurait donné que les microbes ordinaires de la suppuration. Pas de bacilles de Koch.

OBSERVATION IX

(*In Taptas, loco cit.*).

K..., 21 ans. Etat général excellent.

Le mois de juillet 1903, mal de l'oreille gauche sans écoulements, à la suite d'un bain de mer. Après un mois de douleurs intermittentes, gonflement derrière l'oreille, qui cède à l'application d'un pansement humide, conseillé par un spécialiste, pour revenir bientôt. Lorsqu'il se présente chez nous il y a une tumeur fluctuante derrière l'oreille.

Opération dans ma clinique. Nettoyage d'une mastoïde pneumatique suppurée. Guérison au bout de deux mois. Pas d'écoulement par le conduit externe.

OBSERVATION X

(*In Taptas, loco cit.*).

X..., 50 ans, de constitution faible. Mal d'oreille il y a deux mois sans écoulement. Incision de Wilde par un confrère, il y a quinze jours. Lorsqu'il se présente chez nous, les douleurs ont cessé, mais il y a une fistule rétro-auriculaire au fond de laquelle l'os est dénudé. Je propose une trépanation. Je perds le malade de vue.

OBSERVATION XI et XII

(*In Taptas, loco cit.*).

X..., âgé de 45 ans, de bonne constitution, vient nous consulter pour des douleurs à l'oreille gauche s'irradiant à la tempe. L'apophyse est sensible à la pression. A l'extérieur on ne trouve rien. Le tympan est rouge. La montre est entendue à peine au contact. Soigné par un spécialiste, il a été mis dans un service de chirurgie pour être opéré, puis relâché.

Après une semaine d'observation, je le perds de vue. De ces cas je puis rapprocher un autre, communiqué déjà au XIII^e Congrès international de 1900 à Paris, et qui concernait une jeune fille soignée par moi, et guérie d'une otite moyenne aiguë suppurée avec rétablissement de l'audition et de la perméabilité de la caisse et où les douleurs fortes spontanées et à la pression ayant persisté pendant deux mois après la guérison de la caisse, me forcèrent à ouvrir la mastoïde que je trouvais saine, mais sur le bord postérieur de celle-ci une cellule rétro-mastoïdienne malade et un abcès périsinusal étaient découverts et nettoyés, et la malade était sauvée d'un danger imminent.

CONCLUSIONS

Il existe une forme de mastoïdites assez rare dont la particularité est qu'elles ne sont précédées d'aucun écoulement par le conduit. Elles ont le plus souvent une marche insidieuse, on peut les appeler des mastoïdes latentes.

Etant donné l'absence de presque tous les symptômes physiques qui font reconnaître habituellement une mastoïdite, le diagnostic de ces affections peut devenir très difficile, il se fera surtout d'après les signes fonctionnels et généraux, principalement la douleur et la surdité.

Ces formes quoique bénignes en apparence sont au moins aussi redoutables que les formes accompagnées de symptômes intenses, elles exposent même, par leur marche insidieuse, aux complications.

On doit donc leur appliquer le traitement radical de toute mastoïdite.

Vu : le Président de thèse,

P. BERGER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUSSÉNAT — Thèse de Bordeaux, 1901.
- BELLIN. — Thèse de Paris, 1904.
- CHAVANNE. — Thèse de Lyon.
- DIDOBURY. — Arch. int. de lar., 1904.
- GILES. — Carie de l'apophyse mastoïde sans perforation du tympan (Glasg. med. jour., mai 1889).
- HESSLER (de Halle). — Incision des cellules mast. sans ouvert. de l'antre (Arch. für Ohrenh. Bd. XXVII).
- LANNOIS ET CHAVANNE. — Algie mastoïdienne hystérique (Annales des mal. de l'oreille. Juillet 1901).
- LERMOYEZ. — Thérapeutique des maladies de l'oreille.
- LUC. — Des suppurations de l'oreille moyenne.
- MIGNON. — Complications septiques des otites moyennes suppurées.
- MOOS. — Sur la mastoïdite de Bezold (Arch. of otol., 1890).
- MOURE. — Mastoïdites primitives grippales (Soc. franç. d'otol., mai 1890).
- NETTER. — Annales des mal. de l'oreille (1888).
- TAPTAS. — De la mastoïdite aiguë suppurée latente comme complication de l'otite moyenne aiguë catarrhale (Arch. int. de lar. septembre-octobre 1904).
- TOUBERT. — Deux cas de mastoïdite primitive (Arch. int. de lar., septembre-octobre 1900).